COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS VICTORIA S.A.
DIVISIÓN RIESGOS DEL TRABAJO
Florida 556 (C1005AAL) Bs. As. Argentina
Teléfono (54-11) 4322-1100 || Fax. (54-11) 4322-1100 (int. 109)
www.victoria.com.ar/art-victoria || art@victoria.com.ar

VICTORIA ART

REGISTRO DE SUSTANCIAS Y AGENTES CANCERIGENOS -RES. 415/02 – ANEXO II

SUPERINTENDENCIA DE RIESGO DEL TRABAJO

Año 20☐

REGISTRO GENERAL DE ENTRADA (*)

Número de entrada

Fecha de entrada

(*) Datos a completar por la S.R.T.

1. DATOS GENERALES DE LA EMPRESA

Código de A.R.T. (0)

C.U.I.T. (1)

Nombre o Razón Social (2)

Domicilio legal (3)

Localidad (4)

Provincia (5) ▼

C.P.A. (6)

Teléfono (7)

Nombre del Establecimiento (8)

Domicilio del Establecimiento (9)

Localidad (10)

Provincia (11) ▼

C.P.A. (12)

Teléfono (13)

2. RESPONSABLE DE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE INFORME

Apellido y Nombre (14)

Nº y tipo de Documento de Identidad (15)

C.U.I.T. o C.U.I.L. Nº (16)

Fecha (17)

Representación (18)

Firma y sello

COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS VICTORIA S.A.
DIVISIÓN RIESGOS DEL TRABAJO
Florida 556 (C1005AAL) Bs. As. Argentina
Teléfono (54-11) 4322-1100 || Fax. (54-11) 4322-1100 (int. 109)
www.victoria.com.ar/art-victoria || art@victoria.com.ar

3. OTROS DATOS GENERALES

Actividad principal de la empresa - C.I.I.U. - (19a)

Actividad principal del establecimiento - C.I.I.U. - (19b)

Trabajadores en administración (20)

Trabajadores en producción (21)

Total de trabajadores (22)

4. SERVICIO DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

Responsable (23) Apellido y nombres

Nº y tipo de Documento de Identidad (24)

C.U.I.L. o C.U.I.T Nº (25)

Nº de Registro (26)

Asignación de horas-profesional mensuales (27)

Firma y sello

5. SERVICIO DE MEDICINA DEL TRABAJO

Responsable (28) Apellido y nombres

Nº y tipo de Documento de Identidad (29)

C.U.I.L. o C.U.I.T Nº (30)

Nº de Registro (31)

Asignación de horas-médico semanales (32)

Firma y sello

SUSTANCIA

6. INFORMACIÓN Y CAPACITACIÓN

Información sobre riesgos para la salud de: el/los agentes mencionados en el Art. 3º al personal ocupado (33)

SI ☐ NO ☐

Capacitación sobre los riesgos para la salud de: el/los agentes mencionados en el Art. 3º al personal ocupado (34)

SI ☐ NO ☐

7. ORGANIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN

Estudios y posibilidades para el reemplazo de la sustancia (35)

Medidas adoptadas para minimizar la exposición (36)

8. EXÁMENES MÉDICOS (37)

Preocupacionales	SI ☐	NO ☐
Periódicos	SI ☐	NO ☐
De egreso	SI ☐	NO ☐

9. ESTUDIOS AMBIENTALES ESPECÍFICOS (38)

Determinaciones efectuadas	SI ☐	NO ☐
Frecuencia	Trimestral ☐	Anual ☐
	Semestral ☐	Otra ☐

10. ESTUDIOS BIOLÓGICOS ESPECÍFICOS (39)

Determinaciones efectuadas	SI ☐	NO ☐
Frecuencia	Trimestral ☐	Anual ☐
	Semestral ☐	Otra ☐

11. CANTIDAD ANUAL DE SUSTANCIAS UTILIZADAS Y MODO DE EMPLEO (40)

Sustancia	Nombre comercial	Usos	Modo de empleo				Sector	Cantidad
			MP	PF	AL	OF		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐		

OBSERVACIONES

COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS VICTORIA S.A.
DIVISIÓN RIESGOS DEL TRABAJO
Florida 556 (C1005AAL) Bs. As. Argentina
Teléfono (54-11) 4322-1100 || Fax. (54-11) 4322-1100 (int. 109)
www.victoria.com.ar/art-victoria || art@victoria.com.ar

12. CANTIDAD DE TRABAJADORES DISCRIMINADOS POR SECTOR (41)

Sector	Sustancia	Permanentes	No Permanentes (1)	No Permanentes (2)
A				
B				
C				
D				
E				
F				
G				
H				
I				

13. LISTADO DE TRABAJADORES DISCRIMINADOS POR SECTOR (42)

Sector	Apellido y nombre	Edad	C.U.I.L.	Antigüedad Sector	Antigüedad Empresa	Categoría

14. LISTADO DE PROVEEDORES DE LAS SUSTANCIAS MENCIONADAS EN EL ITEM 12 (43)

Nombre o Razón Social	C.U.I.T.	Dirección y código postal del proveedor	Nombre químico y comercial de la sustancia y/o producto provisto

15. LISTADO DE COMPRADORES DE LOS PRODUCTOS QUE CONTENGAN LAS SUSTANCIAS MENCIONADAS EN EL ITEM 12 (44)

Nombre o Razón Social	C.U.I.T.	Dirección y código postal del comprador	Nombre químico y comercial de la sustancia y/o producto comercializado

COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS VICTORIA S.A.
DIVISIÓN RIESGOS DEL TRABAJO
Florida 556 (C1005AAL) Bs. As. Argentina
Teléfono (54-11) 4322-1100 || Fax. (54-11) 4322-1100 (int. 109)
www.victoria.com.ar/art-victoria || art@victoria.com.ar

INSTRUCTIVO ANEXO II

1. DATOS GENERALES DE LA EMPRESA

- (0) Se indicará el nombre y Código de ART a la que se encuentra afiliada la empresa.
- (1) Se indicará el número de C.U.I.T. de la empresa.
- (2) Denominación completa, siglas de la firma o empresa informante, según estatuto, contrato o documento, por la que ha sido constituida y/o habilitada para operar en el país.
- (3) Considerar calle, número, piso, departamento, oficina correspondiente al domicilio legal.
- (4) Nombre de la localidad, ciudad o lugar geográfico.
- (5) Indicar el nombre de la Provincia al que pertenece el domicilio legal.
- (6) Transcribir el número de Codificación Postal, sin separarlo con guiones o puntos, que le corresponde al domicilio legal, en base a la Guía de Números Postales del Correo Argentino.
- (7) Número telefónico del domicilio legal.
- (8) Denominación completa del establecimiento o centro de trabajo, que presenta el informe.
- (9) Ubicación del establecimiento: calle y número.
- (10) Indicar localidad, ciudad o lugar geográfico donde se encuentra el establecimiento.
- (11) Señalar nombre de la Provincia correspondiente al domicilio del establecimiento.
- (12) Transcribir el número de Codificación Postal, que le corresponde al domicilio del establecimiento en base a la Guía de Números Postales del Correo Argentino.
- (13) Número telefónico del domicilio del establecimiento.

2. RESPONSABLE DE LOS DATOS CONTENIDOS EN EL INFORME

(14) Transcribir textualmente el/los apellido/s y nombre/s de la persona responsable de todos los datos contenidos en la presentación del Anexo II del Registro de Sustancias y Agentes Cancerígenos tal como figura en el documento de identidad citado en (15).
- (15) Consignar el número y tipo de documento respectivo indicando las siglas que le correspondan (C.I.; L.E.; L.C.; D.N.I.).
- (16) Consignar el número de C.U.I.T. o C.U.I.L. del responsable de los datos contenidos en el informe.
- (17) Día, mes y año en que firma el Registro de sustancias cancerígenas el responsable del mismo.
- (18) Código de representación, firma y sello aclaratorio del responsable de la exactitud de los datos consignados en el informe.

Se considerará válida la representatividad de las personas que ejerzan las funciones enumeradas según código, siempre que posean poder al efecto.
La representatividad se expresará por el siguiente código:
01 - Representante Legal
02 - Presidente
03 - Director General
04 - Administrador General
05 - Vicepresidente
06 - Gerente General

3. OTROS DATOS GENERALES

(14) Transcribir textualmente el/los apellido/s y nombre/s de la persona responsable de todos los datos contenidos en la presentación del Anexo II del Registro de Sustancias y Agentes Cancerígenos tal como figura en el documento de identidad citado en (15).
- (15) Consignar el número y tipo de documento respectivo indicando las siglas que le correspondan (C.I.; L.E.; L.C.; D.N.I.).
- (16) Consignar el número de C.U.I.T. o C.U.I.L. del responsable de los datos contenidos en el informe.
- (17) Día, mes y año en que firma el Registro de sustancias cancerígenas el responsable del mismo.
- (18) Código de representación, firma y sello aclaratorio del responsable de la exactitud de los datos consignados en el informe.

Se considerará válida la representatividad de las personas que ejerzan las funciones enumeradas según código, siempre que posean poder al efecto.
La representatividad se expresará por el siguiente código:
01 - Representante Legal
02 - Presidente
03 - Director General
04 - Administrador General
05 - Vicepresidente
06 - Gerente General

4. SERVICIO DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

- (23) Transcribir textualmente el apellido y nombre de la persona responsable del Servicio de Higiene y Seguridad en el Trabajo, tal como figura en su documento de identidad.
- (24) Consignar el número de documento de identidad y tipo del mismo (C.I.; L.E., L.C., D.N.I.)
- (25) Indicar el número de C.U.I.T. o C.U.I.L., tachar lo que no corresponda.
- (26) Indicar el número de Registro Unico de Graduado Universitario, en caso de poseerlo, o Título Habilitante y la Certificación de su especialidad emitida por los Consejos y/o Colegios Profesionales de Ley de la jurisdicción que corresponda, según lo prescripto por la Res. SRT N° 201/01.
- (27) Indicar la asignación de horas-profesional mensuales en el establecimiento dispuesta por artículo 12° del Decreto Nº 1338/96.

5. SERVICIO DE MEDICINA DEL TRABAJO

- (28) Transcribir textualmente el apellido y nombre de la persona responsable del Servicio de Medicina del Trabajo, tal como figura en su documento de identidad.
- (29) Consignar el número de documento de identidad y tipo del mismo (C.I.; L.E., L.C., D.N.I.)
- (30) Indicar el número de C.U.I.T. o C.U.I.L., tachar lo que no corresponda.
- (31) Indicar el número de matrícula de Médico Laboral otorgado por el Ministerio de Salud y Acción Social.
- (32) Indicar la asignación de horas-médico semanales en el establecimiento dispuesta por artículo 7° del Decreto Nº 1338/96.

6. INFORMACIÓN Y CAPACITACIÓN

- (33) Indicar según corresponda, si se brinda o no información sobre los riesgos carcinógenos de las sustancias utilizadas al personal ocupado. Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia del material impreso que se distribuye.
- (34) Indicar según corresponda, si se brinda o no capacitación con respecto a los riesgos carcinógenos de las sustancias utilizadas al personal ocupado. Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia del material impreso que se distribuye.

7. ORGANIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN

- (35) Consignar si se realizaron Estudios para el reemplazo de las sustancias utilizadas y si existen posibilidades para la sustitución de las mismas.
- (36) Detallar las Medidas adoptadas para minimizar la exposición a las sustancias utilizadas.

8. EXÁMENES MÉDICOS

- (37) Indicar si se realizan o no estudios médicos a los trabajadores al ingreso, periódicos y al egreso, según corresponda.

9. ESTUDIOS AMBIENTALES ESPECÍFICOS

- (38) Indicar si se realizan o no estudios ambientales específicos de: el/los agentes cancerígenos utilizados. En caso afirmativo mencionar la frecuencia y metodología empleada.

10. ESTUDIOS BIOLÓGICOS ESPECÍFICOS

- (39) Indicar si se realizan análisis clínicos y/o estudios complementarios específicos. Se entiende por "específicos": dosaje de sus metabolitos y cualquier método para evaluar la acción de el/los agentes cancerígenos sobre el/los órgano/s afectado/s. En caso afirmativo indicar cuales son los estudios y con que frecuencia se realizan.

11. CANTIDAD ANUAL DE SUSTANCIAS UTILIZADAS Y MODO DE EMPLEO

- (40) En la columna "sustancia" se deberá consignar el nombre de la sustancia o agente cancerígeno utilizado tal como figura en el Anexo I, ya sea que se encuentre en estado puro o formado parte de la mezcla.
En la columna "nombre comercial" se consignará el nombre comercial o marca registrada con que se conoce a la formulación que contiene a la sustancia mencionada en la columna anterior. Lo mismo deberá realizarse en caso de tratarse de una sustancia al estado puro.
En la columna "usos" se consignará la forma de utilización del producto referido en la columna anterior (ej.: disolvente, desinfectante, aditivo, pigmento, plastificante, etc.)
En la columna "modo de empleo" se consignará la forma en que se encuentra la sustancia o agente cancerígeno se utilice como materia prima y/o se encuentre almacenada para su utilización posterior.
M.P. (materia prima): Se consignará en caso que la sustancia o agente cancerígeno se utilice como materia prima y/o se encuentre almacenada para su utilización posterior.
P.F. (producto final): Se consignará en caso que la sustancia o agente cancerígeno se encuentre como tal en el producto final.
AL. (almacenamiento): Se consignará sólo en caso que la sustancia o agente cancerígeno se encuentre almacenada sin posterior destino productivo o comercial.
OT. (otros): Se consignará cualquier otro caso o contemplando anteriormente, debiéndose aclarar en "OBSERVACIONES" (ej.: laboratorio, fraccionamiento, desechos de producción reciclables o no, etc.).
En la columna "sector" se consignará el sector/s donde se utiliza la sustancia o agente cancerígeno en estado puro o mezcla.
En la columna "cantidad" se consignará las columnas cantidades de sustancias o agentes cancerígenos indicando las unidades (kg., 1, m3, etc.).

12. CANTIDAD DE TRABAJADORES DISCRIMINADOS POR SECTOR

- (41) En la columna "sector" se indicará el sector donde se utilizan sustancias o agentes cancerígenos en estado puro o formando parte de mezclas.
En la columna "sustancia" se deberá consignar el nombre de la sustancia o agente cancerígeno utilizado tal como figura en el Anexo I, ya sea que se encuentre en estado puro o formado parte de la mezcla, que se utilice en el sector mencionado en el columna anterior.
En la columna "permanentes" se deberá consignar la cantidad de trabajadores que realicen tareas en el sector en forma estable.
En la columna "no permanentes" (1) se deberá consignar la cantidad de trabajadores que alternen tareas entre sectores que utilicen sustancias o agentes cancerígenos con otros sectores en los que no los empleen.
En la columna "no permanentes" (2) se deberá consignar la cantidad de trabajadores que realicen tareas en más de un sector en donde se utilicen sustancias o agentes cancerígenos. A fin de evitar que el número total de trabajadores se pudiera considerar artificialmente aumentado, por considerar a los mismos trabajadores en más de un sector, se deberá indicar en cada caso la letra correspondiente al sector o sectores que se hallan involucrados en la rotación.

Ejemplo: TOTAL DE TRABAJADORES: 12

Sector	Sustancia	Permanentes	No permanentes (1)	No permanentes (2)
A- Reactor	Benceno	2	1	-
B- Mezclado	Epiclorhidrina	2	-	3 (B-A)
C- Envasado	Benceno	2	-	2 (C-A)

Del ejemplo anterior se concluye:

Sector	Nº total de trabajadores		
A – Reactor	Permanentes	= 2	
	No permanentes (1)	= 1	
	No permanentes (2)	= 5	3 provenientes del Sector B que alternan sus tareas con el Sector A. 2 provenientes del Sector C que alternan sus tareas con el Sector A.
B – Mezclado	Permanentes	= 2	
C – Envasado	Permanentes	= 2	

13. LISTADO DE TRABAJADORES DISCRIMINADOS POR SECTOR

- (42) En la columna "sector" se indicará la letra con la que se lo identificó en el punto (12).
En la columna "apellido y nombre", "edad" y "C.U.I.L" se consignarán los datos correspondientes a cada uno de los trabajadores del sector.
En la columna "antig. sector" se consignará la antigüedad del trabajador en el sector de referencia y en cualquier otro en que se hayan utilizado alguna de las sustancias listadas en el Anexo I. (Se indicará la suma de tiempo total).
En la columna "antig. empresa" se consignará "P" (permanente); "NP1" (no permanente 1) y "NP2" (no permanente 2), de acuerdo a lo manifestado en el punto (12).

14. LISTADO DE PROVEEDORES DE LAS SUSTANCIAS MENCIONADAS EN EL PUNTO 12

- (43) La empresa proporcionará un listado de los proveedores de las sustancias o productos que las contengan empleadas en sus procesos que estén listadas en el Anexo I.
Los datos a consignar serán: nombre o razón social, C.U.I.T, dirección y código postal del proveedor; nombre químico y comercial de la sustancia y/o producto provisto.

15. LISTADO DE COMPRADORES DE LOS PRODUCTOS QUE CONTENGAN LAS SUSTANCIAS MENCIONADAS EN EL PUNTO 12

- (44) La empresa proporcionará un listado de los compradores mayoristas de las sustancias y/o productos que las contengan que estén listados en el Anexo I.
Los datos a consignar serán: nombre o razón social, C.U.I.T, dirección y código postal del comprador; nombre químico y comercial de la sustancia y/o producto comercializado.

COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS VICTORIA S.A.
DIVISIÓN RIESGOS DEL TRABAJO
Florida 556 (C1005AAL) Bs. As. Argentina
Teléfono (54-11) 4322-1100 || Fax. (54-11) 4322-1100 (int. 109)
www.victoria.com.ar/art-victoria || art@victoria.com.ar

VICTORIA ART

ART

Complete los siguientes datos y seleccione “Enviar” (E-mail) o “Guardar” para almacenarlo.

Destinatario: art@victoria.com.ar

Con copia a:

Observaciones:

PERSONA DE CONTACTO

Nombre y Apellido: *

Teléfono: * * (Datos obligatorios)

NOTA: La recepción de los formularios no implica conformidad con el contenido.
El empleador se obliga a enviar a Victoria ART los originales debidamente firmados dentro de las 72 hs. hábiles.

ENVIAR GUARDAR